

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

KAZAKIEWICZ Anna

Née le 28 Août 1911, à Kremienzug (Russie)

A propos d'Épidémies de Diphtérie chez les nouveau-nés à la Maternité de Lariboisière

Président : M. A. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE PICART

59, Boulevard Saint-Michel, 59

1936

648



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ANNÉE 1936

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

KAZAKIEWICZ Anna

Née le 28 Août 1911, à Kremienczug (Russie)

A propos d'Épidémies de Diphtérie chez les nouveau-nés à la Maternité de Lariboisière

Président : M. A. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE PICART

59, Boulevard Saint-Michel, 59

1936

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	R JUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	LOEPER
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	GUILLAIN.
ladies de l'encéphale.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CUNÉO.
Clinique des maladies du système nerveux	GOSSET.
Clinique des maladies infectieuses.....	GRÉGOIRE.
Clinique chirurgicale.....	LENORMANT.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique.....	MARION.
Clinique urologique	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	JEANNIN.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique.....	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	RATHERY.
pédie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique médicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SERGENT.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DEZANÇON.
Clinique propédeutique.....	
Clinique de la Tuberculose.....	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire.....	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie médicale.....	BERNARD ETIENNE.
Pathologie médicale.....	BOULIN.
Histologie	BULIARD.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Urologie	FEY.
Parasitologie	GALLIARD.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES
Physiologie	GAYET.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Obstétrique	LACOMME.
Obstétrique	LANTUEJOL.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie expérimentale.....	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Pharmacologie	MILC J. LEVY.
Neurologie et Psychiatrie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie médicale.....	MOUQUIN.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-UTAILLIS.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Physiologie	RICHET.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale.....	SÈNÈQUE.
Pathologie expérimentale.....	TROISIER.
Pathologie médicale.....	TURPIN.
Obstétrique	VIGNES.
Pathologie chirurgicale.....	WILMOTH.
Hydrologie.....	BEZANÇON Justin.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.....	AL GLAVE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	N.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
BLAMI.	} Clinique médicale	BASSET.	} Clinique chirurgicale
ALAJOUANINE.		BROCC.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUENU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VALLERY-			
RADOT.			
SEZARY.			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale..		
GUENIOT.			
LE LORIER.			
LEVY-SOLAL.			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.
Stomatologie.....	RUPPE.



Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

*Auxquels je dois tout, je dédie
ce modeste travail, faible té-
moignage de mon amour et de
ma gratitude.*

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON FIANCÉ

*Dont la pensée m'a été un si
grand appui pendant mes études.*

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur A. COUVELAIRE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En témoignage de respectueuse
reconnaissance pour le très
grand honneur qu'il nous a fait
en acceptant la présidence de
cette thèse.*

A la mémoire de mon premier et très regretté Maître
le Professeur J. LEGRAND
CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE ROUEN

A notre Maître Monsieur le Docteur L. DEVRAIGNE
ACCOUCHEUR DES HOPITAUX
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a inspiré ce travail et
nous a aidé de ses conseils.
Qu'il veuille bien trouver ici
nos remerciements pour ses
précieux enseignements.*

A Monsieur le Docteur DAUNAY

*Qui nous a donné toutes facilités
de documentation dans le ser-
vice. Nous le prions d'accepter
ici l'expression de toute notre
reconnaissance.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX

INTRODUCTION

Nous n'avons nullement l'intention de faire œuvre originale, car dans un sujet aussi rebattu que celui de la diphtérie nous ne croyons pas pouvoir apporter des données nouvelles, qui n'aient pas été étudiées. Néanmoins nous tâcherons de mettre au point quelques faits qui nous ont paru intéressants et qui pourraient peut être compléter l'étude de cette maladie.

Sur le même sujet dans une étude faite à la Maternité de Lariboisière, par M. Mirbeau (1933) en ce qui concerne la diphtérie et sa possibilité d'apparition, on est arrivé à la conclusion que la diphtérie est extrêmement rare à la Maternité même. Si toute fois il y a quelques petites épidémies dans des pouponnières, elles sont sûrement pas dues à des facteurs provenant directement de la Maternité, mais déclanchées dans des agglomérations des nourrissons et dans les pouponnières par des enfants qui ayant fait un séjour en dehors de la Maternité sont devenus porteurs de germes.

Mais, dernièrement, quatres épidémies de diphtérie ayant apparu à la dite Maternité, M. le Docteur

Devraigne nous a fait l'honneur de nous confier ce travail. Nous nous efforcerons de montrer que la question des épidémies diphtériques à la Maternité n'est pas une chose aussi rare qu'on ne l'a dit et nous apporterons non seulement les différentes observations recueillies dans le service, mais aussi les différents articles, concernant la question.

Après une historique dans laquelle nous envisagerons les différents travaux concernant les épidémies diphtériques chez les nouveau-nés nous dirons quelques mots de la fréquence et de l'immunité relatives à la diphtérie. Après nous parlerons de la symptomatologie de la diphtérie chez le nouveau-né et le nourrisson qui nous a paru avoir un très grand intérêt car pas ses manifestations et par ses aspects elle pourrait faire erroner et même dérouter le diagnostic ce qui expliquerait peut être la rareté apparente des épidémies à la Maternité. Nous nous occuperons après du traitement et surtout de la prophylaxie qui nous paraît avoir un très grand intérêt car c'est sur elle que nous compterons pour enrayer dans le plus bref délai les épidémies diphtériques. En dernier lieu nous citerons ces quatres épidémies apparues à la Maternité de Lariboisière par ordre chronologique et nous rapporterons les observations sous forme de tableaux en envisageant les points principaux.

HISTORIQUE

La diphtérie du nourrisson a dû probablement être soupçonnée dès les premières recherches classiques effectuées sur cette maladie. C'est ainsi qu'on trouve chez les auteurs très anciens des descriptions exactes de certaines localisations, mais il faut arriver en 1877 pour trouver le premier ouvrage d'ensemble sur la diphtérie du nourrisson. Siredey fait à cette époque sa thèse sur la diphtérie de l'enfant nouveau-né.

A l'occasion d'une épidémie à l'hospice des Enfants Assistés de Paris, Parrot cite plusieurs cas de fausses membranes dans la gorge ou le larynx, ou les deux à la fois.

Hutinel en 1894 entreprend à Paris la lutte contre l'infection et la mortalité en appliquant les récentes découvertes bactériologiques et fournit des résultats intéressants au Congrès de Budapest (1894) ; quelques années plus tard (1898) Grenet et Lesné constatent la présence du bacille de Loeffler dans certains coryzas purulents et non membraneux chez le nourrisson.

Dans les années suivantes on ne trouve plus que des documents épars.

Glatard (Paris 1902), Vieillard (Lyon 1903), Fasseuilles (1906), Tourjanon (Lyon 1906) étudient dans leurs thèses le coryza ambulatoires et les diphtéries larvées.

Hybord en 1907, fait des recherches sur le coryza des nouveau-nés dans une maternité et ne trouve pas une seule fois le bacille de Loeffler dans les écoulements.

Durant cette période plusieurs statistiques démontrent la rareté de la diphtérie sous tous ses aspects dans la première année de la vie.

Musy (thèse de Lyon 1906) fournit une statistique portant sur 1593 enfants au-dessous de 1 an. Il ne rapporte que 48 cas de diphtérie qui donnent la proportion 3,01 % avant un an, et 0,44 % seulement avant 6 mois.

J. D. Rolleston au Grove Ferer Hospital de Londres fait une étude détaillée des cas de diphtérie et donne plusieurs statistiques.

En 1910, sur 7285 hospitalisations, 76 cas de diphtérie chez des enfants âgés de moins de 1 an soit 1,4 %.

En 1919, sur 2600 admissions pour diphtérie, 20 cas seulement (moins de 1 %) furent relevés chez des enfants de moins de un an.

D'après ces travaux le coryza diphtérique serait la manifestation la plus fréquente et représenterait 65 % des diphtéries a moins d'un an. Il insiste particulièrement sur ce fait qu'on le rencontre souvent dans l'hérédo-syphilis, la rhinite syphilitique constituant un terrain de moindre résistance.

Signalons d'autre part les travaux de l'école de Goettingue (Marie Snell, Lonne) sur la diphtérie ombilicale et sur le même sujet un travail norvégien de Schoenfelder.

En France nous connaissons une thèse de Goniondsii (Lyon 1919) et une communication du Pr. Brindeau à l'Académie de Médecine (octobre 1921) « A propos d'une épidémie de diphtérie à la Maternité. »

De tous ces travaux se dégage peu à peu l'idée que la diphtérie du nourrisson possède des caractères bien spéciaux dans sa forme et ses localisations et tous les auteurs s'entendent pour en signaler la rareté. Ce qui a permis à Variot de conclure ainsi dans son traité des maladies du premier âge ; « L'immunité relative du nourrisson contre le bacille de Loeffler ne semble donc pas contestable ».

C'est à cette époque que Marfan fait une étude approfondie de cette question à propos d'une épidémie à l'Hospice des Enfants Assistés. Il en donne les résultats dans la thèse de son élève Chevalley, lequel insiste sur la mortalité énorme due aux affections intercurrentes, ou à la dégénérescence en diphtérie maligne. Pour lui la diphtérie du nourrisson est fréquente, ce qui est rare c'est la localisation à la gorge et au larynx avant le 7^e mois.

Ces études furent reprises par le même auteur en 1927 (Le Nourrisson) et en 1928 dans la Clinique. Il insiste sur les manifestations insoupçonnées de la diphtérie chez les hypotrophiés. Il veut voir une relation de cause à effet manifeste entre le bacille de

Loeffer et certains états de dénutrition progressive. Il arrive à cette conclusion qu'il n'existe pas en pratique de véritable porteur de germe sain, mais des nourrissons atteints de diphtérie nasale récidivante et chronique dont l'évolution peut se faire vers la guérison ou bien vers des complications amenant la mort, la broncho-pneumonie en particulier.

Ribadeau-Dumas et Chabrun à la même époque rapportent quelques cas de coryza diphtérique (Soc. Méd. des Hop. 1928) dont certains accompagnés de paralysies.

D'autre part Sansoen (thèse Paris 1927) recherche le bacille de Loeffer dans les broncho-pneumonies infantiles. Il trouve un pourcentage élevé et lui attribue un rôle prépondérant dans l'étiologie et la terminaison mortelle des broncho-pneumonies. Cette opinion paraît également être celle de Grenet qui l'affirme à plusieurs reprises (1927, 1932, actualités de Médecine Infantile).

Somme toute, l'école du Prof. Marfan tend à affirmer que la diphtérie du nourrisson n'est pas une rareté, mais que l'effacement de ses manifestations, son évolution variable et déroutante, la terminaison par des affections intercurrentes l'ont laissée longtemps dans l'ombre et ont permis de croire à l'immunité de la première enfance. Elle voit une preuve de cela dans ce fait que le dépistage soigneux du bacille a permis de réduire la mortalité entre 0 et 1 % dans les services parisiens (Marfan).

Signalons en dernier lieu la thèse de Mirbeau faite

en 1933 sur la fréquence des infections diphtériques chez le nouveau-né. Cet auteur s'est occupé de la recherche des porteurs de germes parmi les nouveau-nés à la Maternité (Lariboisière) et arrive aux conclusions suivantes. Il n'existe que très rarement dans les maternités des nouveau-nés porteurs des bacilles diphtériques. Si toutefois on voit des nourrissons porteurs de germes c'est qu'ils ont été infectés après leur sortie de la Maternité. Si nous nous rapportons aux conclusions de cette thèse nous voyons que les cas de diphtérie à la Maternité sont exceptionnels, mais nous ne croyons pas que les faits puissent être absolument précis car les 4 dernières épidémies survenues à la Maternité de Lariboisière et qui nous ont inspiré ce modeste travail viennent contredire les conclusions mentionnées plus haut.

FREQUENCE (statistique) IMMUNITE

Presque tous les auteurs sont d'accord pour admettre la rareté de la diphtérie chez les enfants au-dessous d'un an. Aussi par exemple on trouve dans la statistique donnée par Rolleston 1,5 - 2,8 % de cas de diphtérie dans la première année de la vie (par rapport au nombre total des cas). Musy cite 48 cas de diphtérie chez les enfants de moins d'un an sur 1593 cas signalés en espace de 5 ans à Lyon. Sur ces 48 cas il n'y avait que 7 cas chez les enfants entre 0 et 6 mois, c'est-à-dire 0,4 % du nombre total de 1593 cas. La plupart des auteurs expliquent cette rareté de la diphtérie chez les tout petits par diverses théories sur l'immunité du nourrisson.

Tous les auteurs sont d'accord pour dire que le nouveau ne présente une certaine résistance à la diphtérie, car il hérite du sang maternel des anticorps capables de lui conférer une certaine immunité. Ceci dû à l'antitoxine trouvée par la plupart des auteurs (Ribadeau-Dumas, Loiseau, Chabrun, Laffaille). Néanmoins, ces enfants, quoique immunisés, peuvent en des circonstances spéciales jouer le rôle de porteurs de germes et devenir à leur tour malades, car

cette immunité ne dure pas longtemps, et même, si on leur injecte de l'anatoxine pour les prévenir contre la maladie, leur sang est impropre de réagir pour former des anticorps.

Réaction de SCHICK.

En ce qui concerne la réaction de Schick il semble que la plupart des nouveau-nés (93 %) sont réfractaires ou tout au moins ont un Schick nettement négatif. Cependant on ne peut considérer cela comme absolu à cet âge. Durant le premier mois il y a 85 % de réactions de Schick négatives et 15 % seulement positives. Mais ceci ne dure pas longtemps, très vite les choses changent.

De 2 à 6 mois 30 % de nourrissons ont un Schick positif; c'est-à-dire sont réceptifs à la diphtérie; donc l'immunité maternelle disparaît assez vite.

De 6 à 7 mois la proportion des Schicks positifs monte à 56 %, enfin au 10^e mois il y a 90 % de nourrissons à Schick positif.

Par conséquent il y a une immunité d'origine maternelle; elle est extrêmement transitoire et on ne peut pas opposer les résultats du Schick aux manifestations cliniques.

PATHOGENIE

Nous n'envisagerons pas le point de vue étiologique car nous ne voulons nullement revenir sur tous les travaux faits sur le bacille de Loeffler qui est, comme tous nous le savons le bacille de la diphtérie. Nous ne ferons pas non plus la part du pseudo-bacille diphtérique ni du bacille vrai, car le point qui nous intéresse surtout c'est de savoir comment, et par quel mécanisme les épidémies ont pu être déclanchées à la Maternité.

Si nous nous rapportons au travail du Docteur Elsbeth Hollatz sur les épidémies de diphtéries dans les cliniques d'accouchement nous voyons qu'elle arrive aux conclusions suivantes :

Les épidémies ont été déclanchées par différents facteurs, à savoir :

- 1) Transmission par porteurs de germes dans la clinique.
- 2) Transmission par des visiteurs;
- 3) Transmission par des nourrissons infectés en dehors de la clinique;
- 4) Transmission par la mère ;

5) Transmission par des personnes malades dans la clinique.

De même, si nous dépouillons les observations recueillies à la Maternité de Lariboisière, nous voyons que dans chaque épidémie il y a quelques faceturs de propagation, quelques porteurs de germes qui sont le point de départ de ces épidémies, et en effet, en détaillant à la fin de cet exposé les observations, nous signalerons chemin faisant les propagateurs de la maladie.

SYMPTOMATOLOGIE

Le début de la maladie est insidieux. Quelques fois chez les tout jeunes enfants la courbe de poids, après la chute physiologique, au lieu de monter continue à baisser.

L'enfant tête mal, mais aucun obstacle mécanique n'est constaté ni dans le nez, ni dans la cavité bucco-pharyngée.

L'abattement vient peu à peu et bientôt — ceci quelques fois avant tout signe local — l'enfant ne demande plus à téter, il reste tranquille sans mouvement au fond de son berceau.

En même temps ou quelques jours après un écoulement nasal séreux ou mucopurulent, généralement unilatéral, vient compliquer le tableau.

Fréquemment ce coryza est le premier phénomène qui attire l'attention et peut diriger le diagnostic vers la découverte de la vraie nature de l'affection.

L'enfant est pâle; d'une paleur blanche qu'on voit dans la diphtérie toxique. La température reste toujours normale à faibles oscillations et cela même dans les cas graves.

Point d'agitation, point de cris. Le corps du petit

malade est flasque sans cette résistance élastique qu'on trouve chez l'enfant sain.

Du moment où le coryza vient ajouter ses effets mécaniques à l'intoxication diphtérique la succion et la respiration deviennent de plus en plus difficiles.

Le sein est difficilement pris. Quelques fois on est obligé de nourrir l'enfant à la cuillère. L'écoulement nasal muco-purulent se strie dans de nombreux cas de sang. De véritables épistaxis peuvent se produire.

A l'examen on trouve rarement des fausses-membranes. Il ne faut pas s'attendre à les trouver dans les fosses nasales ; Quand elles existent elles se cantonnent loin, dans la partie postérieure du nasopharynx. Celles du pharynx sont rares.

Le fond de la gorge est presque toujours rouge mais on ne constate pas de dysphagie chez l'enfant. L'adénopathie sous-maxillaire ou angulo-maxillaire manque très souvent.

La courbe de poids baisse très rapidement. C'est n'est que dans des cas très bénins qu'elle reste stationnaire ou monte.

La maladie évolue assez lentement, sans bruit et peut se terminer heureusement par l'atténuation progressive des symptômes. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Les symptômes d'intoxication — même dans des diphtéries uniquement nasales, — peuvent suivre une marche envahissante et le petit malade pâle,

inerte, respirant avec peine refusant toute alimentation meurt dans la prostration, souvent cyanosé.

Nous avons essayé d'esquisser le tableau d'une diphtérie nasale moyenne. Dans quelques cas la faible résistance du malade ou la virulence exaltée du bacille ou enfin ces deux causes réunies, facilitent l'extension des fausses-membranes sur la muqueuse des cavités voisines : le pharynx, la bouche, le larynx, etc. Le tableau clinique dans ces cas change et devient celui d'une angine ou du croup classique.

En résumé la diphtérie chez le nouveau-né comme chez le nourrisson plus âgé se localise surtout dans les fosses nasales. L'angine à fausses membranes ainsi que l'adénopathie sont rares, mais un érythème pharyngé est fréquemment observé. La maladie qui est encore moins fébrile que chez les enfants plus âgés retentit fortement sur l'état général. La gravité du coryza dans les fosses nasales est considérable.

Reprenons en détail quelques uns de ces symptômes.

A) CORYZA DIPHTERIQUE.

Le coryza diphtérique est assez fréquent chez les enfants de tous les âges mais il devient réellement dominant dans l'histoire de la diphtérie du nouveau-né. Cette localisation non exclusive mais prépondérante du bacille a suscité de nombreuses recherches.

Après la première tétée la réaction de la bouche du nouveau-né est presque constamment acide, moins

favorable à la culture du bacille que le milieu alcalin de la bouche de l'enfant plus âgé.

Rongel (Arch. Bres. de Med. 1916) croit que c'est la fermentation lactique qui produit cette acidité. Le faible développement de la parotide (dont la sécrétion est plus alcaline que celle des autres glandes salivaires) joue également son rôle. Monzi admet une hyperémie spéciale de la muqueuse pituitaire ce qui favorise la pullulation microbienne.

Morosoff croit que ce sont des soins de propreté donnés avec des doigts septiques de la mère qui infectent souvent les fosses nasales.

N'oublions pas enfin l'étroitesse spéciale des cavités du nez chez les tout petits, étroitesse qui facilite grandement l'accumulation des mucosités septiques.

La rhinite diphtérique est généralement au moins au début unilatérale. Marfan croit que l'unilatéralité d'un coryza chez le nourrisson doit faire penser à la diphtérie.

Mais ordinairement cette localisation du coryza à une seule narine, n'est pas d'une longue durée. Presque toujours la deuxième se prend à son tour.

L'écoulement nasal n'a pas de caractères séciaux. Il peut-être séreux ou muqueux au début pour se transformer bientôt en un écoulement purulent, jaune, bien lié; quelquefois le coryza est purulent d'emblée.

Très fréquemment mais pas toujours, le sang venu tantôt des petites ulcérations de la pituitaire, tantôt

provenant d'une vraie épistaxis vient colorer le pus nasal.

Nous avons dit plus haut que chez le nouveau-né il ne faut pas attendre les fausses membranes visibles pour poser le diagnostic. Dans les cas graves de strepto-diphtérie elles peuvent, d'après Sevestre, faire leur apparition dans la partie antérieure des fosses nasales et être rejetées avec le pus. Ces cas ne sont heureusement pas très fréquents.

Enfin tous les auteurs s'accordent pour affirmer la chronicité d'évolution de cette rhinite chez le nourrisson (Sevestre, Filatow, Rolleston, Vieillardet, etc.)

B) FIÈVRE.

La diphtérie n'est pas une maladie pyrégène. Chez le nouveau-né elle est presque complètement apyrétique. Ce n'est sûrement pas la feuille de température qui éveillera l'attention du médecin. La courbe dans les cas non compliqués est à peine à 37,4, 37,5.

C) COURBE DE POIDS.

Elle est autrement significative. Chaque fois avant le coryza, avant la pharyngite, comme un vrai symptôme d'incubation se produit un abaissement progressif du poids.

En même temps on note une toxémie grave diphtérique qui a certainement un rôle capital au point de vue d'amaigrissement, car parfois on a vu que mal-

gré la bénignité des obstacles mécaniques l'enfant refusait nettement toute alimentation faisant preuve d'une anoréxie rovoquée par cette intoxication.

Cette toxémie ne limite pas là ses effets; la paleur l'accélération du pouls; la prostration, la dyspnée toxique en sont également les manifestations importantes.

D) PHARYNGITE.

Dans presque tous les cas on montre une rougeur de la paroi postérieure du pharynx. Si au point de vue anatomo-pathologique c'est une angine et si bactériologiquement c'est une angine diphtérique-cliniquement elle est à peine digne de porter ce nom. Cet érythème ne s'accompagne pas de troubles de la déglutition.

La vraie angine à fausses membranes diphtériques est rare chez le nouveau-né. Elle est d'un pronostic bien plus grave que le coryza isolé. Ses symptômes sont ceux de l'angine classique de l'enfant.

E) PLAQUES PTERYGOIDIENNES.

Nous avons dit plus haut que les cas de vraies angines diphtériques à fausses membranes ne se voyaient que très rarement, néanmoins il faut que nous mentionnions les plaques ptérygoïdiennes qui traduisent une infection pterygoïdienne non diphtérique. On les voit apparaître à la suite des différentes manœuvres pratiqués pour ranimer les enfants en

état de mort apparente ou à l'occasion de manœuvre de Mauriceau.

Elles présentent l'aspect de plaques parfois diphtéroïdes ou plaques ptérygoïdiennes de Parrot.

L'examen microbiologique pratiqué sur 35 plaques ptérygoïdiennes (Maternité de Lariboisière) nous a permis de déceler les flores microbiennes suivantes :

24 staphylocoques;

3 — et catarrhalis;

2 — et Muguet;

1 catarrhalis;

2 bacilles pyocyaniques;

3 bacilles diphtériques;

D'ailleurs Mirbeau, ayant fait d'une façon très détaillée ces examens microbiologiques est arrivé à peu près aux mêmes résultats, car quoiqu'il n'ait pas trouvé le bacille de Loeffler il dit que, dans certains cas de plaques ptérygoïdiennes chez des nourrissons porteurs de rhinite, de coryza, ce bacille existe, et joue un rôle pathogène intéressant à étudier.

FORMES CLINIQUES

A côté du coryza diphtérique qui est et reste la forme la plus commune des manifestations diphtériques chez le nourrisson nous devons rappeler les autres formes sous lesquelles la diphtérie peut se manifester.

1. PLAIE SUS-AURICULAIRE DIPHTÉRIQUE.

Les plus anciens auteurs semblent être seuls à mentionner cette curieuse lésion : Trousseau dans ses Cliniques (Tome I, page 468) décrit d'abord la diphtérie de la mère qui serait bien utile comme preuve, mais M. Sevestre a considéré plus tard ce cas comme une streptococcie pure. (Grancher, Comby et Murhy 1897).

Trousseau décrit ensuite les localisations anormales des fausses membranes chez l'enfant âgé de 6 jours, « après le bord alvéolaire de la mâchoire supérieure, la peau excoriée présenta derrière l'oreille gauche une exsudation couenneuse puis les excoriations produites par le forceps se prirent à leur tour ». Il signale ensuite (p. 472) des faits analogues que Samuel Bard (New-York) a rapporté en 1771.

Or les mêmes accidents sont observés par Chevalley (thèse de Paris) à plusieurs reprises.

La lésion, dit-il, qui est absolument indépendante de toute suppuration par le conduit auditif, siège dans le sillon cutané, entre le pavillon de l'oreille et le cuir chevelu généralement à l'extrémité supérieure. C'est d'abord une fissure minuscule, légèrement suintante, et sans inflammation périphérique; puis une ulcération torpide sans fausse membrane se constitue de part et d'autre en feuillet de livre; modifiée par les pansements, elle se cicatrise toujours avec lenteur.

Nous n'avons remarqué dans nos observations aucune lésion auriculaire qui pourrait être rattachée à une érosion diphtérique.

2) FORME OMBILICALE.

Les premiers cas de diphtérie ombilicale ont été observés par Siredey. Mais il y a très peu d'auteurs qui relatent les faits d'une façon précise et ce n'est que Chevalley qui apporte quelques observations concernant cette forme.

Le cordon étant tombé le 4^e ou 7^e jour, la petite plaie qui résulte de son élimination doit se cicatriser rapidement.

Dans un certain nombre de cas, le bourgeon charnu central reste suintant pendant plusieurs jours. Dans tous ces cas la culture a montré l'existence de bacilles non virulents que l'on peut rapporter au *Corynebacterium cutis*.

Dans d'autres cas, vers le 10^e jour de la vie, une lymphangite marquée, en nappe, décèle une infection plus sérieuse de l'ombilic. En le dépliant on trouve

une ulcération assez profonde et d'aspect souvent gangréneux, avec des granulations grises et friables, une ou deux phlyctènes périphériques, une exsudation sero-sanguinolente ou une fausse membrane grisâtre. Cependant cette plaie creuse ne perfore pas l'ombilic et ne s'accompagne pas de réaction péritonéale. Mais elle aboutit à la dissémination du baccille.

Tel est l'aspect que Chevalley avait observé dans ce cas.

Il semble que l'intérêt de cette localisation réside dans la difficulté de son diagnostic clinique. Le plus souvent l'infection ombilicale est mixte et on a toujours eu de grandes difficultés à obtenir des cultures pures dans les omphalites.

Mais l'inflammation periombilicale peut-être prise pour un érysipèle; à tort d'ailleurs car l'érysipèle du nourrisson est un érysipèle ambulant, comme l'érysipèle traumatique ou chirurgical. Dans certains cas il ne cesse de progresser qu'après avoir envahi successivement toutes les régions cutanées. On a vu des érysipèles associés à la diphtérie ombilicale envahir le scrotum et les membres inférieurs. Il semble probable que la rougeur périombilicale, sans bourrelet, sans caractère migratoire, ait fait porter parfois un diagnostic insuffisant ou erroné d'érysipèle.

A la Maternité de Lariboisière nous n'avons observé aucun cas de diphtérie ombilicale.

3) FORME CONJONCTIVALE.

Très peu d'auteurs signalent parmi leurs observations des localisations oculaires de la diphtérie. Che-

valley mentionne quelques observations de conjonctivites mais les rattache aux formes extensives de la diphtérie. Il signale une conjonctivité légère à pus vert, à bacilles non étudiés chez un enfant atteint de diphtérie nasale et une autre conjonctivite légère, avec érosion cutanée de l'angle interne de l'œil.

D'un autre côté nous avons remarqué deux cas de conjonctivite à fausse-membrane chez deux jumeaux qui sont d'ailleurs morts. (2^e épid. Obs. N^o 1).

EVOLUTION, COMPLICATIONS ET PRONOSTIC.

Contrairement à ce qui s'est passé dans l'épidémie relatée par le Prof. Brindeau où le coryza des nouveau-nés a été mortel 8 fois sur 9 (par broncho-pneumonie) nous avons remarqué qu'un certain nombre de coryzas diphthériques immédiatement traités a été guéri sans incidents. Evidemment aux cas bénins que nous avons vu et qui ont guéri assez facilement il faut ajouter les cas de gravité exceptionnelle ou la diphthérie est beaucoup plus maligne et souvent mortelle. (1^{re} épid. Obs. 1 et 3, II^e épid. Obs. 1 et 3).

Les mêmes faits sont rapportés dans la thèse de Chevalley et les complications qu'il a eu à relever sont, comme nous l'avons remarqué, à notre tour, la broncho-pneumonie, l'intoxication de l'organisme qui se traduit par une pâleur extrême et par une perte de poids très marquée.

Quoi qu'il en soit, lorsque ces diphthéries — bénignes ou graves — sont observées, elles comportent, comme chez l'adulte un minimum de signes généraux. La fièvre manque dans les formes non compliquées : lorsqu'elle apparaît elle semble surtout être

en rapport avec des infections surajoutées (diphtérie de l'ombilic). Il est de règle dans les cas plus graves que la température s'élève seulement lorsque la diphtérie se complique de broncho-pneumonie.

L'état des fonctions digestives et la courbe de poids sont en étroite liaison avec la diphtérie car ce n'est nullement l'obstacle mécanique qui joue un rôle, mais c'est surtout le fait de l'intoxication diphtérique qui se manifeste d'ailleurs par d'autres signes : abattement, pâleur, anoréxie.

Tels sont, réduits à leur plus simple expression, les caractères évolutifs de la diphtérie bénigne et grave du nourrisson.

Néanmoins, il faut dire que dans l'ensemble le pronostic de la diphtérie chez le nouveau-né reste sombre et si notre pourcentage des morts n'est pas aussi grand que celui relaté par le Prof. Brindeau, il s'élève toujours à 23,2 % ce qui est un chiffre encore assez élevé.

DIAGNOSTIC

Est-il réellement nécessaire de discuter le diagnostic clinique de la diphtérie ? Dans le résumé de ce chapitre nous dirons nous même que c'est le microscope qui décide de la nature diphtérique d'une rhinite. Mais sans parler de l'intérêt théorique d'une pareille discussion, elle a un intérêt pratique considérable. Souvent en effet le médecin ne peut pas faire l'analyse bactériologique, souvent aussi il ne peut pas imposer aux malades des frais mal acceptés et, sur une simple impression, il ne s'adressera pas au bactériologiste. Il faut donc trouver dans la symptomatologie de la diphtérie du nouveau-né quelques signes les plus constants possibles, qui pourraient servir à étayer un diagnostic difficile.

Tout coryza du nouveau-né n'est pas forcément diphtérique.

Le gonocoque (Leaye, Maladies du nouveau-né) peut infecter les fosses nasales primitivement pendant le passage de l'enfant à travers la filière génitale.

Le plus souvent, l'ophtalmie purulente est la première manifestation du gonocoque. La pituitaire

n'est infectée que secondairement. L'écoulement nasal est bilatéral, purulent, épais. La durée moyenne est de 8 à 10 jours.

La rougeole, la coqueluche, l'asthme (Comby) peuvent donner une rhinite aiguë, avec sérosité caustique s'écoulant par les deux narines.

Le coryza a frigore peut présenter deux variétés importantes à connaître (Hybord, thèse de Paris 1907) ; coryza séreux, coryza purulent.

Le début est brusque dans la première variété ; la maladie surprend l'enfant en pleine santé. De fréquents éternuements, l'asphyxie, une légère gêne à la succion et l'évolution rapide caractérisent cette variété de coryza.

Dans quelques cas l'obstruction nasale est plus marquée et l'enfant maigrit légèrement.

Le tableau est plus grave dans le coryza purulent il peut être primitif et avoir le même début brusque que la variété précédente. Mais ordinairement il est secondaire au coryza séreux.

L'enfant est peu intoxiqué. Il a faim mais il lui est impossible de téter, ; en effet l'obstruction nasale peut être très sérieuse dans cette forme de rhinite. De vrais accès d'asphyxie avec cyanose surviennent à chaque tentative de succion. La nutrition s'en ressent et le poids peut baisser. L'enfant réagit fortement, crie, il s'agite se jette sur le sein qu'on lui présente mais il est forcé de l'abandonner. Dans les cas graves la mort peut survenir d'inanition, de fatigue, et de douleur (Bouchut).

Le coryza citrin (Hybord thèse déjà citée) est dû au staphylocoque doré. Il est caractérisé par un début brusque, sans prodromes, par une fièvre élevée (39-40), par un écoulement citrin d'abord limpide, mais se transformant bientôt en pus et enfin, par un pronostic presque fatal. L'obstruction nasale est complète, l'intoxication générale est grave. C'est le tableau d'une maladie très aigüe, fébrile, à évolution rapide.

Enfin le coryza syphilitique peut présenter d'insurmontables difficultés de diagnostic différentiel. Et ceci d'autant plus que d'après Rolleston il y a un grand nombre d'hérédo-syphilitiques parmi les nourrissons atteints de coryza à bacilles de Loeffler.

Ordinairement la rhinite syphilitique n'est pas l'unique manifestation de l'infection par le tréponème, c'est un fait important pour le diagnostic.

L'écoulement précoce, quelquefois même congénital, est bilatéral, séro-purulent, sanguinolent et souvent fétide.

Le début est insidieux, l'évolution est désespérante par sa chronicité. L'état général souffre peu du coryza qui provoque une obstruction peu considérable.

Quels sont les caractères qui nous permettent de différencier les plus sûrement une rhinite diphtérique d'autres coryzas ?

L'intoxication grave et précoce produisant la période prodromique, diminuant les réactions organiques, (éternuements, cris agitation) créant enfin la pâleur, la prostration, peut servir de base pour le diagnostic.

L'apyrexie presque complète, sauf les cas compli-

qués, distingue facilement le coryza diphtérique du coryza citrin très fébrile.

Enfin l'unilatéralité de l'écoulement doit faire soupçonner la vraie nature de la maladie.

Nous avons peu de choses à dire sur le diagnostic de l'angine diphtérique du nouveau-né. Nous avons déjà dit au cours de cet exposé que l'angine diphtérique ne se voit qu'exceptionnellement chez le nouveau-né et que ce que l'on voit surtout ce sont les plaques ptérygoïdiennes, qui peuvent être d'une tout autre origine que diphtérique, mais qui peuvent être aussi diphtériques comme nous l'ont montré les prélèvements qu'on a fait à Lariboisière. Cliniquement elles se traduisent par les signes suivants; dès ulcérations arrondies, qui peuvent être recouvertes d'un enduit gris, avec sur les bords un liseré rouge, siégeant latéralement en avant et au-dessus des piliers antérieurs du voile; ces ulcérations peuvent coexister avec une petite ulcération médiane qui se fait au dépens des inclusions épidermiques du raphé palatin. Disons que les plaques ont été vues et décrites par Parrot chez les enfants surtout atrépsiques.

Nous avons essayé d'être aussi cliniques qu'il est possible en décrivant les symptômes de la diphtérie et son diagnostic. Mais c'est encore un schéma que nous avons esquissé. Appliquable aux cas moyens il perdra beaucoup de sa simplicité au lit du malade.

D'autre part, aucun des signes n'est pathognomonique ni même constant. Il existe des cas frustes, presque sans écoulement nasal, des cas occultes dans les-

quels il faut chercher les signes qu'on trouve avec difficulté, des cas chroniques de diphtérie larvée, très peu toxique, la diphtérie fibreuse des auteurs allemands. Comment faire le diagnostic ? Pourtant il ne faut jamais attendre car comme disent Sevestre et Martin. « La diphtérie la plus bénigne peut devenir subitement grave ». Si quelques fois aidé par la connaissance de l'existence d'une épidémie par la constatation nette de quelques caractères importants de l'affection, le médecin peut affirmer cliniquement la diphtérie chez un nouveau-né, le cas est bien plus embarrassant quand il s'agit de se prononcer contre cette éventualité.

Dans des cas pareils mieux vaut pécher par excès que par défaut, ainsi la clinique pure ne pouvant pas suffire, c'est au microscope que nous nous adresserons.

TRAITEMENT

Nous envisagerons dans ce chapitre deux traitements; un traitement préventif surtout, en second lieu nous dirons quelques mots sur le traitement curatif.

A) TRAITEMENT PRÉVENTIF.

Lorsqu'on se rapporte à la leçon faite par le Professeur Lereboullet sur la prophylaxie de la diphtérie du nourrisson à l'hospice des Enfants Assistés, nous voyons que la diphtérie est le plus souvent une maladie à contagion inter-humaine. Elle ne tient pas aux locaux dans la grosse majorité des cas, dit-il dans sa leçon, les nourrissons arrivant dans l'hospice et venant du dehors et notamment des maternités étaient porteurs de germes et qui avec le personnel soignant, qui a son tour était porteur de germes sans s'en douter causait des petites épidémies dans le dit hospice. Il suffisait d'éloigner les infirmières malades et isoler les nourrissons pour remarquer tout de suite une amélioration. Jamais la preuve des gîtes à bacilles n'a pu être donnée et la surveillance du personnel et des nourrissons lui ont paru suffisante pour faire

disparaître la diphtérie, sans que des mesures de désinfection des locaux aient été nécessaires.

Voici les moyens prophylactiques et préventifs que le Professeur Lereboullet préconise dans sa leçon.

1) L'isolement absolu ou relatif de tous les porteurs de germes.

2) Le dépistage par l'ensemencement systématique des nourrissons porteurs de bacilles, qui demande comme conclusion la désinfection des fosses nasales.

Le Professeur Lereboullet et M. Gournay ont employé la Gonacrine qui a été employée par M. Reilly et Coste à l'hôpital Claude-Bernard.

En solution à 1 pour 50 même à 1 pour 200 elle a donné, instillée deux fois par jour dans les narines des nourrissons, environ 50 % de succès.

La statistique de Courtois (traitement des nourrissons porteurs de germes diphtériques par le Novarsénobenzol et la Gonacrine. Thèse de Paris 1930) donne sur 28 cas où il en a suivi l'emploi 46 % de bons résultats, 24 % d'échecs, 30 % de résultats intermédiaires.

Cette méthode, meilleure que beaucoup d'autres, très simple, bien supportée par la muqueuse nasale, ne paraît pas avoir donné les résultats décisifs souhaités par les auteurs.

On s'est alors orienté vers l'emploi des arsenicaux et notamment du Novarsénobenzol.

On s'est servi d'une ampoule de 0 gr. 15 de Novar-

sénobenzol dans laquelle on a versé 2 cmc d'eau distillée stérilisée.

De la solution extemporanée ainsi préparée (qui ne peut servir que pour la journée) on a fait instiller deux à trois fois par jour trois gouttes dans chaque narine.

Après trois jours on cesse quelques heures et on fait un ensemencement. Est-il négatif, on suspend les installations et deux autres ensemencement sont faits à 3 jours d'intervalle. Si le résultat est positif, alors on continue jusqu'à disparition définitive des germes.

La méthode est bonne car dans la règle après trois jours de désinfection le résultat est négatif dans 85 % des cas. Dans le reste (15 %) il faut prolonger le temps de désinfection.

Le résultat donné par le Prof. Lereboullet concorde avec les résultats donnés par Courtois dans sa Thèse qui note seulement 5 % d'échecs et 12,6 % de résultats médiocres.

Le Novarsénobenzol par le fait de la nécessité de sa préparation extemporanée, présente toutefois quelques inconvénients, aussi le Prof. Lereboullet a essayé d'autres préparations arsénicales et c'est l'Acétylarsan qui a paru pouvoir lui convenir et qui a donné les mêmes résultats que le Novarsénobenzol, mais peut-être agissait moins vite que lui. Nous ne ferons que mentionner d'autres méthodes de désinfection (ultra-violets, air chaud, etc.) car nous croyons que les résultats cités plus haut plaident pour une application plus étendue de la méthode du Professeur

Lereboullet qui, bien que délicate à généraliser peut toujours être appliquée dans toute pouponnière, toute nourricerie et autre agglomération bien organisée.

B) TRAITEMENT CURATIF

Nous n'envisagerons pas les différents traitements qui ont été essayés, car nous n'avons pas eu à nous occuper du traitement curatif à la Maternité même. Dès que le diagnostic de la diphtérie était posé on transportait immédiatement le petit malade dans les services spécialisés, et comme nous n'avons pas eu des détails sur le traitement fait dans ces services, nous nous bornerons à mentionner la thérapeutique employée, à la maternité avant le départ de l'enfant.

Tous les enfants qui ont cohabité avec le malade ont reçu 1.000 unités de sérum anti-diphtérique.

Quand aux petits malades ils ont reçu jusqu'à leur départ des doses variant entre 5.000 et 20.000 unités de sérum antidiphtérique.

LES EPIDEMIES

1^{re} ÉPIDÉMIE

(Voir tableaux I et II, pages 49 et 50).

Apparue le 20 Janvier 1935 et a duré jusqu'au 18 Février 1935. Salles Bonnaire, Tarnier, Porak.

19 cas de diphtérie chez les nouveau-nés.

3 cas de diphtérie chez les infirmières dans les salles indiquées.

M ^{me} Fo	11/2—35	Bac. gram. positifs.
— La	12/2—35	Bac. moyens.
— Gir	14/2—35	Bac. moyens.

Sur les 19 cas, 14 enfants ont été évacués, dans des services spécialisé, 5 cas sont sans renseignements et sur les autres 14 cas on a eu 3 décès. Ce qui nous fait 21,7 % de mortalité.

L'examen de laboratoire a donné les résultats suivants :

14 fois Bac. de Loeffler moyens.

1 fois Bac. de Loeffler moyens et courts.

7 fois Bac. Gram positif-suspects.

Manifestations cliniques.

Tous les enfants ont présenté un coryza diphtérique sauf deux qui en outre présentaient des plaques pterygoïdiennes mais il se peut qu'il s'agissait d'une extension de la rhinite diphtérique.

Causes probables de l'apparition de l'épidémie :

1) Enfant Bar. (Obs. No. 2 Salle Tarnier N° 6) revenu de ville, occupe le même lit que l'enfant Aub. (Obs. N° 1) qui avait présenté un coryza diphtérique un mois auparavant.

Il est eu probable que la diphtérie présentée par l'enfant Bar... soit dûe à une infection comme nous l'avons fait remarquer plus haut (page 38) la diphtérie est une maladie surtout interhumaine. Il est plus vraisemblable que l'enfant a contracté la diphtérie en ville.

2) Enfant Ugl... (Obs. N° 14) est né au moment où son frère a été hospitalisé pour une diphtérie.

Le père ayant fait des visites à la Maternité et dans le service de diphtérie, paraît avoir été le porteur de germes.

Conséquences.

Enfant Ste... obs. 8 a présenté lors d'un prélèvement des B. suspects (Gram. positif) a été envoyé à Claude-Bernard et de là au Vésinet où il aurait été la cause d'une épidémie de diphtérie.

2^e ÉPIDÉMIE.

(Voir tableaux III et IV, pages 51 et 52)

Apparue le 1^{er} Mai 1935 et a duré jusqu'au 2 Juillet 1935. Salles Tarnier, Porak, Léon Bernard.

Sur 17 enfants, 14 ont été évacués dans les services spécialisés, 4 cas n'ont pas de renseignements et sur les autres 13 on a eu 5 décès. Ce qui nous fait 38,5 % de mortalité.

A part ces 17 cas, nous avons observé 4 cas de diphtérie dans la crèche du personnel.

Enfants :	{	Col... 14-5-35 Bac. moyens;
		Pru... 14-5-35 Bac. courts;
		Hao... 1-6-35 Bac. moyens-évacué aux enfants malades. Les autres ont été soignés chez eux. Tous bien portants.

4 cas chez les infirmières.

Mesdames :

La... 8-5-35 B. moyens (notée déjà dans 1^{re} épidémie)

Gi... 11-5-35 B. Gram positif.

Col... 13-5-35 B. moyens.

Co... 24-5-35 B. moyens.

Manifestations cliniques.

Tous les enfants ont présenté un coryza, sauf deux jumeaux (obs. 1) qui ont présenté une conjonctivite diphtérique et qui ont été évacués dans un service d'ophtalmologie où ils sont décédés.

Causes probables :

2 enfants revenus de ville dans la salle Tarnier, le 8 Mai.

Tou... (obs. 6).

Fei... (obs. 7).

Mme Col... infirmière présente le 13 Mai des bacilles diphtériques. Son enfant gardé dans la crèche du personnel tombe malade le 14 Mai.

3 cas de diphtérie à la Consultation des nourrissons.

Enfants	}	Ca... 14-5-35 Bacilles courts.
		Co... 25-6-35 Bacilles courts.
		Le Di... 2-7-35 Bacilles courts.

Il est très possible que les enfants du personnel aussi bien que les infirmières soient coupables de cette éclosion de diphtérie.

3^e ÉPIDÉMIE.

(Voir tableau V, page 53)

Apparue le 11 Octobre et a duré jusqu'au 21 du même mois. Salle Tarnier.

2 cas de diphtérie chez les nouveau-nés évacués à Hérold et à Trousseau. Pas de décès.

Les enfants de la crèche du personnel 4 cas :

Del... 11-10-35 B. courts et staphylocoques (soigné chez lui).

Den... 11-10-35 B. moyens et staphylocoques(soigné chez lui).

Haa... 11-10-35 B. moyens et staphylocoques (évacué à Bretonneau).

Dum... 12-10-35 B. courts et moyens (soigné chez lui). Tous bien portant.

Manifestations cliniques.

Coryza.

Causes probables.

Ler... (Tarnier obs. 2) revenant de ville, pouvait être incriminé comme porteur de germes, mais son arrivée à la Maternité est plus tardive que l'apparition de l'épidémie dont l'éclosion serait vraisemblablement due aux infirmières et à leurs enfants qui ont joué le rôle de porteurs de germes.

4^e ÉPIDÉMIE.

(Voir tableau VI, page 54)

Apparue le 21 décembre 1935 et a duré jusqu'au 8 mars 1936. Salles Porak et Tarnier.

11 cas de diphtérie chez les nouveau-nés.

Sur ces 11 cas dont un sans renseignement, 7 ont été évacués, 4 traités dans la Maternité et sur ces derniers 4, un décès. Donc 10 % de la mortalité.

L'examen du laboratoire a donné les résultats suivants :

Bacilles moyens et Staphylocoques.

L'enfant décédé le 21-2-1936, ne présentait plus de bacilles depuis le 31-1-36.

3 cas de diphtérie chez les infirmières :

Mmes Bo... 27-12-35 B. moyens et staphylocoques.

— Vui... 29-1-36 B. moyens.

— La... 13-2-36 B. moyens (notée déjà dans la première et 2^e épidémie).

Manifestations cliniques.

Coryza.

Causes probables.

Mme W... Salle Tarnier 16 avait présenté une angine le jour de son accouchement le 19-12-1935.

Elle guérit le 14-12-35 mais fait une lymphangite du sein le 15-12-35.

Le prélèvement fait le 21-12-35 montre des bacilles moyens et Staphylocoques.

L'enfant a subi un prélèvement le 21-12-35, qui nous a montré des bacilles moyens et staphylocoques.

Il est donc fort possible que l'épidémie ait été déclanchée par Mme W... car nous voyons que la date de l'éclosion de l'épidémie coïncide avec la date où le prélèvement nous a montré qu'elle était atteinte de diphtérie, ainsi que son enfant.

En résumé en totalisant le nombre des nouveau-nés sur lesquels on a eu des renseignements et en

prenant le chiffre global des décès, nous voyons que le pourcentage des mortalités est de 23,2 % ce qui est encore un chiffre assez élevé.

Si les enfants ont fait un séjour de plus de 10 à 14 jours à la Maternité, ceci est dû à leur état précaire ou à la naissance prématurée, ou bien, à une maladie que leur mère a fait pendant les suites des couches.

TABLEAU I

Noms et âge	Poids à la naissance	Poids au pécunia	Hieridi	Date du pécunia	Résultats laboratoires	Localisations	Penséements
1. Aub... 7 semaines Salle Janner 6	2450 gr.	430 gr.		20. II. 1935	Bacilles moy. n° Staphylocoques Catalabalis	Claude Bernard	Sans conseign
2. Bar... 3 mois Salle Janner 6 revenu de ville	2500 gr.	360 gr.		7. II. 1935	Non buees cde Bacilles moyens	Frousseau	Petite de germs jusqu'en 15/IV 1935
3. Bar... 3 semaines Salle Janner 10	2530 gr.	530 gr.		8. II. 1935	Non buees cde Bac Bac moy. et cuits	Claude Bernard	Décédé (Pneumonie, nec.)
4. Moy... 3 semaines Salle Janner 17	1820 gr.	480 gr.		8. II. 1935	Non buees cde Bacilles moyens	Ambrise- Pois	Petite de germs encre le 12/IV 1935
5. Zar... 18 jours Salle Janner 2	2440 gr.	420 gr.	Mère albumin vape Un enfant mort de convulsions	11. II. 1935	Quelques colonies de Bac. germ. +	"	Sans conseign
6. Bat... 5 semaines Salle Janner 21	1600 gr.	340 gr.	Mère éclampsique	11. II. 1935	Bacilles moyens	"	Petite de germs encre le 11/IV 1935
7. YS... 17 jours Salle Janner 5	2150 gr.	430 gr.	Mère traitée pour la syphilis	12. II. 1935	Quelques colonies Bacilles moyens	Bretomseau	Décédé
8. Ste... 1 mois Parillon Parik 13	2550 gr.	550 gr.		12. II. 1935	Bac. peu nom- buees germ. +	Claude Bernard	Encre de Claude Bern- nard au début de l'infection, après la suppression des virus
9. Bue... 15 jours Parillon Parik 21	3170 gr.	500 gr.		12. II. 1935	Bacilles moyens	"	Bien portant

TABLEAU II

Noms et âge	Poids à la naissance	Poids du placenta	Hérédité	Date du partement	Résultats du laboratoire	Exécutions	Renseignements
<u>10</u> Val... 4 semaines Savillon 9 août 15	2440 gr	530 gr.		13 - II - 1935	Bacilles gram +	Rentré chez les parents	Bien portant
<u>11</u> Leb... 5 jours Savillon 9 août 12	2500 gr	450 gr.		"	"	"	"
<u>12</u> Luc... 10 jours Savillon 9 août 13	3000 gr.	430 gr.		"	"	"	"
<u>13</u> Sam... 8 jours Savillon 9 août 20	2330 gr.	430 gr.		"	"	Claude Bernard	Sans renseignements
<u>14</u> Ulf... 5 jours Fière hospitalière pour diabète Savillon 9 août 33	2730 gr.	350 gr.		15 - II - 1935	Bacilles moyens	"	Sédaté
<u>15</u> Pier... 8 jours Savillon 9 août 8	3550 gr	500 gr		"	"	"	Sans renseignements
<u>16</u> Car... 6 semaines Salle Bernaise 5	3000 gr	660 gr.		"	"	"	Bien portant
<u>17</u> Reg... 19 jours Savillon 9 août 3	4080 gr	780 gr		16 - II - 1935	"	"	"
<u>18</u> Ovi... 25 jours Salle Terner 6	3120 gr	760 gr		"	"	"	"
<u>19</u> Fern... 3 semaines Savillon 9 août 24	1780 gr	350 gr		18 - II - 1935	"	"	Sans renseignements

TABLEAU III

Noms et âge	Sexe à la naissance	Poids du placenta	Hérédité	Date du prélevement	Résultats du laboratoire	Examinations	Remarques
1 — Per... 13 jours Salle Tarnier jumeaux				4- <u>V</u> -1935	Examen de la Nativité au service des yeux	Bicéité	
2 — Com... 6 semaines Salle Tarnier 5	2780 gr	420 gr	Non affecté mat- nel Père traité pour la gonorrhée	4- <u>V</u> -1935	Bicéité moyens	Claude Bernard	Sans remarque
3 — Lieg... 12 jours Salle Tarnier 17	3380 gr	380 gr		8- <u>V</u> -1935	"	Reste à la salle Tarnier	Bicéité à la Nativité 6-10- <u>V</u> -1935
4 — Lot... 5 semaines Salle Tarnier 19	3250 gr	540 gr		"	"	Claude Bernard	Bien portant
5 — Cha... 18 jours Salle Tarnier 20	3300 gr	530 gr		"	"	"	"
6 — Tou... 3 semaines Salle Tarnier 16 retenu de ville	3150 gr	380 gr		"	"	"	"
7 — Fai... 3 semaines Salle Tarnier 15 retenu de ville	3150 gr	600 gr		"	"	"	"
8 — Pla... 5 semaines Salle Tarnier 4	3000 gr			10- <u>V</u> -1935	"	"	Sans remarque

TABLEAU IV

Stéril, et âge	Poids à la naissance	Poids du fœtus	Hérédité	Date du traitement	Résultats du traitement	Exécutions	Renseignements
9 jeune 14 jours Salle Jenner 10	3480 gr	570 gr		10- $\overline{V}$ -1935	Bealle moyen	Claude Bernard	Ben portait
10 Né... 6 semaines Salle Jenner 18	3400 gr. enfant mis au traitement médical et aseptique	550 gr	Nérophylloque traité par l'air sec	10- $\overline{V}$ -1935	"	Francoeur	Bébé de 44-35 à Francoeur
11 Ben... 1 mois Salle Jenner 8	2750 gr	540 gr		10- $\overline{V}$ -1935	"	Claude Bernard	Sans renseign
12 Qu... 10 jours Pavillon Poate 24 ... (3 ^e journaux)	2620 gr (1 ^{er} journaux 2470)	1090 gr		11- $\overline{V}$ -1935	"	Francoeur	Bébé
13 Baz... 9 jours Pavillon Poate 4	2870 gr. enfant au traitement médical	600 gr		20- $\overline{V}$ -1935	"	Claude Bernard	Ben portait
14 jeune 14 jours Pavillon Poate 33	1430 gr.	390 gr		22- $\overline{V}$ -1935	"	"	Sans renseign
15 Mal... 8 jours Pavillon Poate 11 ... (2 ^e journaux)	2500 gr (1 ^{er} journaux 3200)	1120 gr		24- $\overline{V}$ -1935	"	Hérol	Ben portait
16 Bov... 5 jours Salle Jenner 4	2800 gr.	320 gr	Père tuberculeux Nérophylloque Un enfant mort	25- $\overline{V}$ -1935	"	Bidonneau	"

TABLEAU V

Noms et âge	Poids à la naissance	Poids du placenta	Hivide	Date du pûlvement	Résultats du laboratoire	Exécutions	Renseignements
<u>1</u> Che... 14 jours Salle Jarnier 13	3770 gr.	620 gr.		11- $\bar{x}$ - 1935	Bacilles courts et Staphylocoques	Frousseau	Bien portant
<u>2</u> L... 7 jours Salle Jarnier 10	3570 gr. enfant vacciné au B.C.G.	620 gr.	Mère tuberculine	21- $\bar{x}$ - 1935	Bacilles courts et Staphylocoques	Hérol	Bien portant

TABLEAU VI

St. no. et. type raisonnée	Quantité à la raisonnée	Quantité au raisonnée	He. et. no. raisonnée	Date de raisonnée	Caractères raisonnés	Caractères raisonnés	Caractères raisonnés
1. St. no. 1. type raisonnée	2,250 gr.	5,40 gr.	St. no. 1. type raisonnée	24-25-1935	Caractères raisonnés	Caractères raisonnés	Caractères raisonnés
2. St. no. 2. type raisonnée	2,400 gr.	6,80 gr.	St. no. 2. type raisonnée	25-26-1935	Caractères raisonnés	Caractères raisonnés	Caractères raisonnés
3. St. no. 3. type raisonnée	2,400 gr.	3,80 gr.	St. no. 3. type raisonnée	26-27-1935	Caractères raisonnés	Caractères raisonnés	Caractères raisonnés
4. St. no. 4. type raisonnée	2,400 gr.	4,60 gr.	St. no. 4. type raisonnée	27-28-1935	Caractères raisonnés	Caractères raisonnés	Caractères raisonnés
5. St. no. 5. type raisonnée	2,400 gr.	5,80 gr.	St. no. 5. type raisonnée	28-29-1935	Caractères raisonnés	Caractères raisonnés	Caractères raisonnés
6. St. no. 6. type raisonnée	2,400 gr.	4,40 gr.	St. no. 6. type raisonnée	29-30-1935	Caractères raisonnés	Caractères raisonnés	Caractères raisonnés
7. St. no. 7. type raisonnée	2,400 gr.	6,60 gr.	St. no. 7. type raisonnée	30-31-1935	Caractères raisonnés	Caractères raisonnés	Caractères raisonnés
8. St. no. 8. type raisonnée	2,680 gr.	4,30 gr.	St. no. 8. type raisonnée	31-1-1936	Caractères raisonnés	Caractères raisonnés	Caractères raisonnés
9. St. no. 9. type raisonnée	2,680 gr.	4,80 gr.	St. no. 9. type raisonnée	1-2-1936	Caractères raisonnés	Caractères raisonnés	Caractères raisonnés
10. St. no. 10. type raisonnée	2,680 gr.	2,50 gr.	St. no. 10. type raisonnée	2-3-1936	Caractères raisonnés	Caractères raisonnés	Caractères raisonnés
11. St. no. 11. type raisonnée	3,050 gr.	5,00 gr.	St. no. 11. type raisonnée	3-4-1936	Caractères raisonnés	Caractères raisonnés	Caractères raisonnés

CONCLUSIONS

1) Il est classique de dire que la diphtérie est très rare chez le nouveau-né et dans les premiers mois de la vie.

Cette assertion est inexacte car les épidémies survenues à la Maternité de Lariboisière viennent prouver le contraire.

2) Ce que l'on voit surtout c'est la localisation nasale; les autres localisations étant beaucoup plus rares.

3) Le nouveau-né ne semble pas être très réfractaire à la diphtérie, malgré la fréquente immunité de sa mère.

4) Les nouveau-nés héritant dans différents cas d'une certaine immunité, peuvent jouer le rôle de porteurs de germes.

Les visiteurs et surtout le personnel soignant, ayant contracté la maladie à leur insu, ne présentent parfois qu'une symptomatologie trop effacée pour attirer l'attention du médecin; jouant de par ce fait le rôle de porteurs de germes, un examen de laboratoire serait indiqué.

5) Peut-être y aurait-il intérêt à faire dans les maternités la vaccination de tout le personnel soignant et des prélèvements fréquents qui révéleraient des diphtéries insoupçonnées, dont meurent beaucoup de petits chez qui on parle d'atrophie, de troubles digestifs, d'hérédosyphilis et qui meurent avec ou sans traitement.

Vu : le Doyen de la Faculté,
G. ROUSSY

Vu : le Président de thèse,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Pour le Recteur,
L'Inspecteur d'Académie
J. PERRON.

BIBLIOGRAPHIE

- BRINDEAU. — A propos d'une petite épidémie de diphtérie chez les nouveau-nés. (*Bull. de l'Académie de médecine* LXXXVI, 12 Octobre 1921).
- BROCHIER, VORON ET COUTAMIN. — Un cas d'angine diphtérique chez un nouveau-né. (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gynecol.*), Mars 1935.
- CHEVALLEY. — Etude sur la diphtérie du nourrisson et du nouveau-né. (*Thèse de Paris* 1922).
Recherches sur la diphtérie du nouveau-né et du nourrisson (*Nourrisson*, Paris 1923).
Les diphtéries occultes du nourrisson. (*La Clinique*, Avril 1928).
- COMBY. — Traité des maladies de l'enfance : Comby et Grancher 1905, Paris. T. I, III, et V.
- COURTOIS. — Traitement des nourrissons porteurs de germes diphtériques par le novarsénobenzol et la gonacrine. (*Thèse de Paris* 1930).
- DEBRÉ. — Pathologie du nouveau-né.
- GONIONDSKI. — Quelques notes sur l'histoire clinique de la diphtérie chez le nouveau-né (*Thèse de Lyon*) 1919.
- GRENET. — Conférences cliniques de Médecine Infantile.
- HOLLATZ. — Die Diphterienendemieen der Neugeborenen in den Frauenkliniken und ihre Bedeutung.
- HYBORD. — *Thèse de Paris*, 1907.
- KAPLAN ET BOLGERT. — Ne méconnaissons pas la diphtérie du nourrisson. *Le concours médical*. N° 14 janvier 1931.

LESNÉ. — a) Grenet et Lesné. Archives médicales des enfants, Août 1898, p. 449.

b) *Société médicale des hôpitaux*, 17 février 1927.

LEREBOULLET. — a) Manuel de la Diphtérie.

b) Prophylaxie actuelle de la Diphtérie du Nourrisson Gournay : *Congrès de médecine de Montpellier*, octobre 1929.

c) La diphtérie du nourrisson. *Progrès Médical*. N° 14 Juin 1930: p. 1045.

LACOMME ET LOISEAU. — Une épidémie à la maternité. (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, 25 juillet 1924.

LOISEAU ET MARTIN. — Le bacille diphtérique (*Bulletin Méd.* 1921.

2) Prophylaxie de la diphtérie dans un pensionnat *Bull. Méd.* 1921.

MARFAN. . . La diphtérie du Nouveau-né et du nourrisson (*Revue Franc. de pédiatrie*, 1930).

MIRBEAU. — Contribution à l'étude de la diphtérie chez le nouveau-né. (*Thèse de Paris*, 1933).

MUSY. — *Thèse de Lyon*, 1906.

RIBADEAU-DUMAS, LOISEAU et LACOMME. — Une épidémie à la Maternité. (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1924-25. Leçons du Jeudi soir à la clinique Tarnier, 1930, p. 193. 7^e année.

ROMINGER. — Uber Diphtérie der Neugeborenen (*Monatsschifte für Geburts und ginäk.* Berlin 1920.

SCHREIBER. — Les diphtéries occultes chez les nouveau-nés et chez les nourrissons. (*La puériculture*, 1927 Septembre-Octobre).

SIREDEY. — De la diphtérie chez les enfants nouveau-nés (*Thèse de Paris* 1877).

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
HISTORIQUE	11
FRÉQUENCE (statistique) IMMUNITÉ	16
PATHOGÉNIE	18
SYMPTOMATOLOGIE	20
A) Coryza diphtérique	22
B) Fièvre	24
C) Courbe de poids	24
D) Pharyngite	25
E) Plaques ptérygoidiennes	25
FORMES CLINIQUES	27
1) Plaie sus-auriculaire diphtérique	27
2) Forme ombilicale	28
3) Forme conjonctivale	29
ÉVOLUTION, COMPLICATIONS <i>et</i> PRONOSTIC	31
DIAGNOSTIC	33
TRAITEMENT	38
A) Traitement préventif	38
B) Traitement curatif	41
LES ÉPIDÉMIES	42
CONCLUSIONS	55
BIBLIOGRAPHIE	57
